Lane Medical Library

Beitrag zur Ätiologie der Puerperalpsychosen.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN.

Von

Dr. phil. **Joseph Regensburg**
aus Friedrichsstadt in Kurland.

Tag der Promotion: 6. August 1909.

Berlin 1909.
Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)
Linienstraße 158.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Ziehen.**

Meiner lieben Frau.

1. Endogene Ursachen.

Die Geschichte der Ätiologie der Puerperalpsychosen zeigt also*) bereits eine stattliche Reihe von Versuchen zur Erklärung der von jeher beobachteten Erscheinung, daß das Wochenbett unverhältnismäßig häufig die Veranlassung zum Ausbruch von lange andauernden oder kurz vorübergehenden Geistesstörungen wird. Aber trotz dieser außerordentlichen Beliebtheit, deren sich die Bearbeitung der Puerperalpsychosen erfreut, trotz der hervorragenden Beachtung, die dieselben in der psychiatrischen Literatur gefunden haben, gehört die Ätiologie der Geistesstörungen des Wochenbettes noch immer zu den umstrittensten Fragen: von keinem der oben angeführten Erklärungsversuche läßt sich behaupten, daß er sich allgemeiner Anerkennung erfreue und den Sieg über die anderen davongetragen habe. Diese Meinungsdifferenzen sind es, die manche Autoren der Gegenwart zur Behauptung geführt haben, daß die eigentliche Ursache der Puerperalpsychosen noch unbekannt sei. Von einem rühmlichst bekannten Forscher rührt der stolze Ausspruch her, daß die Ätiologie des Irreseins besser gekannt sei als die der meisten anderen Krankheiten, „trotzdem daß gerade hier die Schwierigkeiten besonders groß sind.“ Sollten die Psychosen des Wochenbettes in dieser Beziehung eine Ausnahme bilden? Bietet denn wirklich die Auffindung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Puerperium und Geistesstörung mehr Schwierigkeiten als die Zurückführung der extrapuerperalen Psychosen auf ihre ätiologischen Momente? Unseres Erachtens ist gerade das Gegenteil der Fall, nur sollte man bei der Erklärung der Puerperalpsychosen

*) Vorliegende Abhandlung stellt den zweiten Abschnitt einer größeren Monographie über die Psychosen des Wochenbettes dar.

nicht diejenigen Momente gänzlich außer Acht lassen, denen man sonst mit Recht die größte Beachtung zu schenken pflegt: ich spreche von den endogenen Faktoren. Bezüglich der Ätiologie der Geisteskrankheiten überhaupt steht ja die moderne Psychiatrie im allgemeinen auf dem Standpunkt, daß dieselben (abgesehen von einem Teil der Intoxikations- und traumatischen Psychosen, bei denen ein einziges ätiologisches Moment genügend erscheint, die Krankheit hervorzurufen) in der großen Mehrzahl der Fälle das Endprodukt einer Reihe von Ursachen darstellen, daß in der Regel prädisponierende und okkasionelle Momente, endogene und exogene Faktoren zur Hervorbringung der Psychose sich vereinigen. Sollten nun die Geistesstörungen während des Wochenbettes in dieser Beziehung eine Ausnahme bilden? Nein, wir müssen auch hier wie bei der Erklärung der extrapuerperalen Psychosen das ganze Individuum ins Auge fassen und aus seiner Konstitution und den äußeren Bedingungen und Einflüssen, unter denen es gestanden, die psychische Erkrankung abzuleiten suchen. Diese allgemeine Regel der Psychiatrie wurde jedoch von den bisherigen Bearbeitern der Puerperalpsychosen mit wenigen Ausnahmen unbeachtet gelassen, alle Aufmerksamkeit galt lediglich den okkasionellen Momenten, aus denen allein man die psychische Erkrankung erklären zu können glaubte, und selbst hierin wurde noch insofern arg gesündigt, als nicht die Gesamtheit der exogenen Faktoren berücksichtigt wurde, sondern je nach der subjektiven Auffassung des Autors nur die eine oder die andere Gelegenheitsursache, der man nun die Hauptschuld am Zustandekommen der Psychose beimessen zu dürfen glaubte. Darf es da bei dieser Sachlage noch wundernehmen, wenn wir in der Literatur der Puerperalpsychosen nicht selten offenbar geringfügige okkasionelle Momente als adäquate Ursachen der Erkrankung hinstellen sehen, während bei tieferer Betrachtung, d. h. bei hinlänglicher Berücksichtigung des gesamten Entwicklungsganges der betreffenden Individuen es sich vielleicht doch herausgestellt hätte, daß dem subjektiv herausgerissenen exogenen Faktor lediglich die Rolle eines auslösenden Momentes, hingegen dem unbeachtet gelassenen endogenen Faktor die Hauptrolle

beizumessen sei? Man hat oft z. B. somatische Anomalien während der Schwangerschaft, protrahierte Geburten, heftige Wehenschmerzen, Erschöpfung, akute Anämien infolge von erheblichen Blutverlusten nach der Entbindung, mehr oder weniger schwere infektiöse Prozesse in den Geburtsorganen, Intoxikationen nach Alkoholgenuß etc., dann psychische Momente wie: Sorge, Ärger, Schreck, überhaupt Affekterregungen, und endlich sogar jene Veränderungen in der Blutbeschaffenheit und den Zirkulationsverhältnissen, die bereits mit der normalen Schwangerschaft und Geburt verbunden sind, als einzeln für sich allein schon ausreichende Ursachen der Puerperalpsychose erklären wollen. Diese Erklärungsversuche stehen jedoch in Widerspruch mit vielen Tatsachen der Erfahrung und sind darum wenig dazu angetan, unser Kausalitätsbedürfnis in ausreichender Weise zu befriedigen. Gewiß, man wird den erheblichen Einfluß der genannten Faktoren auf die Entwicklung der Puerperalpsychose nicht in Abrede stellen können, einem Teil derselben, z. B. der akuten Infektion, Intoxikation, Erschöpfung wird man sogar unter Umständen die Hauptrolle beim Zustandekommen der Geisteskrankheit zuschreiben müssen, aber ganz erklärt wäre die letztere damit noch keineswegs. Wir werden uns vielmehr noch die Frage vorlegen müssen: rufen die genannten ätiologischen Momente unter allen Umständen dauernde psychische Veränderungen hervor, oder sehen wir nicht vielmehr in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle diese Schädlichkeiten ohne jegliche Komplikation von seiten der Psyche verlaufen? Fassen wir doch diese Schädlichkeiten etwas näher ins Auge, und zwar die anerkannt gefährlichsten unter denselben: die akute Infektion, Intoxikation, Erschöpfung und Affekterregung. Daß eine gefährliche akute Infektion wie etwa die septische Endometritis oder irgendeine schwere Allgemeininfektion für sich allein ohne Hinzutritt anderer ätiologischer Faktoren zum Ausbruch einer Psychose führen könnte, wird wohl niemand in Zweifel ziehen. Diese schweren Infektionskrankheiten führen aber meist schon innerhalb eines ganz kurzen Zeitraumes zum Tode der Wöchnerin, überdies stellen sie Gott sei Dank nicht das tägliche Brot der Gynäkologen und Psychiater dar, so daß

dieselben einen unverhältnismäßig geringen Bruchteil der Wochenbettspsychosen überhaupt und der puerperalen Infektionspsychosen insbesondere liefern, sie kommen daher für die Ätiologie der letzteren nur wenig in Betracht. In der Regel handelt es sich vielmehr um lokale Infektionen leichteren Grades, z. B. Parametritis, Mastitis etc., und daß auch diese, selbst auf dem Boden des geschwächten Organismus der Wöchnerin, für sich allein ohne Mitwirkung anderer ätiologischer Momente zum Zustandekommen einer vollentwickelten Psychose schon ausreichen sollten, möchten wir doch bezweifeln. Sonst müßte ja auch jede andere örtliche Entzündung, wie etwa die so oft vorkommende Phlegmone, bei allen geschwächten, in reduziertem Ernährungszustand sich befindenden Individuen gleich zum Ausbruch einer Psychose führen: dann würde ja die lokale Infektion eine Hauptrolle in der Ätiologie der Geisteskrankheiten spielen! Entspricht denn dies auch den Tatsachen der Erfahrung? Oder, um auf die puerperale Infektion leichteren Grades zurückzukommen, wie oft führt denn dieselbe zu dauernden Alterationen der Psyche? Doch nur in einem Bruchteil der Fälle, während in der Regel die entzündlichen Prozesse der Geburtswege ja ohne psychische Komplikationen verlaufen! Dieser Umstand ist es, der uns bei den puerperalen Infektionspsychosen zur Annahme der Mitwirkung von Faktoren zwingt, die bei den entzündlichen Prozessen ohne psychische Veränderungen fehlen. Die Erfahrung bestätigt denn auch diese Annahme, und wir werden noch Gelegenheit haben, zu beweisen, daß es sich hierbei um die Mitwirkung endogener Faktoren handle.

Nicht viel anders liegen ja die Dinge bei den sog. puerperalen Intoxikationspsychosen. Was z. B. die Autointoxikationspsychosen nach Eklampsie betrifft, so kommen auf 515 Fälle von Eklampsie nur 31 Fälle von Geistesstörung, d. h. 6 Proz. Hierzu bemerkt noch Olshausen: „Die Eklampsie hatte durchaus nicht immer zu den schweren gehört.“ Zieht man also noch diesen Umstand in Betracht, so wird man nicht umhin können, einzugestehen, daß auch die Eklampsie nur unter Umständen oder, wie die Erfahrung lehrt, bei Vorhandensein von ätiologischen Momenten endogener Natur zum Ausbruch von Geistesstörungen führen könne. — „Äußerst selten ist

der toxische Einfluß unvorsichtiger Jodoformapplikation oder schwerer Alkoholexzesse für die Psychose verantwortlich zu machen“ (Ziehen, S. 272). In der Regel handelt es sich dabei sogar nicht um wirkliche Exzesse in baccho, sondern lediglich um den recht harmlosen Genuß einer geringen Menge von Alkohol. Wenn es aber trotzdem zur Entwickelung einer Geisteskrankheit kommt, so wird es sich wohl um eine außerordentliche Idiosynkrasie gegen Alkohol handeln, wodurch ja die herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des Organismus und somit auch die Prädisposition für Alterationen der Psyche bewiesen wäre. — Als adäquate, für sich allein ausreichende Ursache der Puerperalpsychosen wurde vielfach auch die akute Erschöpfung hingestellt. Mit Unrecht. Wie oft beobachten wir, insbesondere in den ärmeren Schichten der Großstadtbevölkerung, Fälle von hochgradiger Anämie und allgemeiner Schwäche (an der die erschöpften Wöchnerinnen nicht selten zu Grunde gehen), ohne daß es zum Ausbruch einer vollentwickelten Psychose käme? Wäre das Moment der Erschöpfung allein schon ein genügender Faktor zur Hervorbringung von Geistesstörungen, so müßte man ja den kachektischen Krankheiten eine besonders hervorragende Rolle in der Ätiologie der Psychosen einräumen, was jedoch von keiner Seite geschieht, weil die Tatsachen der alltäglichen Erfahrung dagegen sprechen würden. Damit soll aber keineswegs der erhebliche Einfluß der Erschöpfung auf die Entstehung von Geistesstörungen überhaupt und der Wochenbettspsychosen insbesondere geleugnet werden; diese Erörterungen wollen nur dargetan haben, daß zur Erschöpfung noch andere ätiologische Momente hinzutreten müssen, um Komplikationen von seiten der Psyche hervorzurufen. In der Regel handelt es sich dabei um endogene Faktoren. Endlich ist auch die ätiologische Bedeutung der psychischen Momente vielfach arg überschätzt worden. Wir fragen: welche Wöchnerin, insbesondere in der ärmeren Bevölkerung, bleibt denn von mehr oder weniger heftigen Affekterregungen verschont? Wenn Sorge, Kummer, Ärger und Schreck für sich allein ohne Mitwirkung von anderen ätiologischen Faktoren schon imstande wären, Geistesstörungen hervorzurufen, so müßte das Wochenbett nicht bloß 10 Proz. aller

weiblichen Aufnahmen liefern, sondern weit mehr, ja man kann ohne Übertreibung sagen, daß psychische Alterationen eine alltägliche Erscheinung und die gewöhnliche Folge des Puerperiums in diesem Falle sein würden, da dasselbe geradezu eine Prädilektionszeit für mannigfache Gemütserregungen darstellt, ganz besonders in der ärmeren Volksklasse.

Unsere Betrachtung galt bisher den anerkannt wirksamsten okkasionellen Momenten, und wenn selbst diese sich nicht als adäquate, für sich allein ausreichende Ursachen der Psychosen des Wochenbetts haben hinstellen lassen, um wieviel weniger jene Faktoren, deren Wirksamkeitsgrad ein offensichtlich weit weniger intensiver ist. Zur Entstehung einer Puerperalpsychose gehört eben wie zur Entwickelung einer jeden anderen Geisteskrankheit in der Regel eine ganze Reihe von Faktoren, exogenen und endogenen, und es läßt sich nicht einmal in allen Fällen feststellen, welchen von diesen Momenten, ob den prädisponierenden oder den okkasionellen, die Hauptschuld am Zustandekommen der psychischen Alteration beizumessen sei. Wie dem auch sei, jedenfalls zwingt uns die Logik des Denkens und der Tatsachen zur Annahme von endogenen oder prädisponierenden Momenten neben den exogenen oder okkasionellen, wenn man es nicht bequem vorzieht, die alltägliche Beobachtung, daß die weit überwiegende Mehrzahl der unter gleichen Schädlichkeiten, äußeren Einflüssen und Lebensbedingungen stehenden Wöchnerinnen geistig intakt bleibt, während eine geringe Anzahl anscheinend in derselben Lage psychisch erkrankt, für ein, vorläufig wenigstens, unerklärliches, der Aufhellung noch bedürftiges Phänomen zu erklären. Es muß ja allerdings zugegeben werden, daß nicht immer die prädisponierenden Momente nachweisbar sind, allein der Nachweis derselben hat (wie wir noch Gelegenheit haben werden zu zeigen) überhaupt vielfach mit Schwierigkeiten zu kämpfen. Unnachweisbarkeit ist daher für uns noch keineswegs mit Fehlen identisch, insbesondere wenn die okkasionellen Momente den Charakter geringer Wirksamkeitsintensität an sich tragen. — Nach diesen allgemeinen Erörterungen gehen wir nunmehr zur speziellen Betrachtung der endogenen Faktoren der Wochenbettspsychosen über.

a) Erbliche Belastung.

Die Eigenart des Individuums, sowohl die normale als auch die pathologische, steht in ursächlichem Zusammenhang nicht nur mit unseren äußeren Entwicklungsbedingungen und Lebensverhältnissen, sondern auch mit der Konstitution unserer Vorfahren. Von der Aszendenz gehen bestimmte Normen und Direktiven für die individuelle Entwickelung der Deszendenz aus, und diese den Charakter eines Naturgesetzes tragende Abhängigkeit der späteren Zeugungsreihen von den früheren Generationen bezeichnet man als Erblichkeit. Von jeher bekannt ist die Herrschaft derselben auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten. Obgleich aber die Bedeutung der Heredität für die Entstehungsgeschichte der psychischen Alterationen jederzeit von den Psychiatern auf das einmütigste betont worden ist, bestehen doch noch große Meinungsdifferenzen in bezug auf die Frage nach den Grenzen der Herrschaft der erblichen Belastung. Hier schwanken die Statistiken zwischen 4—90 Proz. Die Ursache dieser weit auseinandergehenden Ansichten ist wohl in der verschieden weiten Fassung des Begriffes der Heredität, in der größeren oder geringeren Genauigkeit der Anamnese und in der Besonderheit des verarbeiteten Krankenmaterials zu suchen. Die moderne Psychiatrie faßt im Gegensatz zur älteren den Begriff der Erblichkeit ziemlich weit und vertritt im allgemeinen den Standpunkt, daß nicht nur ausgesprochene Psychosen in der Aszendenz, sondern auch noch eine Reihe von anderen pathologischen Zuständen als die Deszendenz belastende Momente zu betrachten sind. So bemerkt z. B. Ziehen: „Dem Vorkommen psychischer Erkrankungen in der Familie gleichwertig ist das Vorkommen von

1. vielen Erkrankungen des Nervensystems ohne ausgesprochene psychopathische Symptome, so z. B. Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie, Migräne u. a. m.

2. auffälligen Charakteren und Begabungen, also z. B. von Exzentrizität, Genialität, Hang zum Verbrechen, ungenügend motivierten Selbstmorden usf.

3. Trunksucht und anderen chronischen Intoxikationen.“ Ziehen, Lehrb. d. Psychiatrie, S. 246.

Noch weiter faßt den Begriff der erblichen Belastung Fr. v. d. Velden. In seiner jüngst erschienenen Arbeit „Konstitution und Vererbung“ sucht er an der Hand einer Statistik den Nachweis zu führen, daß auch die andersartige Belastung, wie Schwindsucht, Krebs u. a. m. zu Geisteskrankheiten in der Deszendenz führen könne, daß überhaupt sämtliche Konstitutionsanomalien (und als solche gilt ihm auch eine Reihe von Krankheiten, die gewöhnlich als exquisite Infektionskrankheiten etc. betrachtet werden) miteinander vikariieren, also auch Tuberkulose, Karzinomatose, Apoplexie und andere Familiendefekte mit Psychose. Er sagt: „Daß die Angaben über den Prozentsatz der belasteten Geisteskranken von wenigen Prozenten bis zu 70 schwanken, erklärt sich daraus, daß jeder den Begriff der Belastung so eng oder weit faßt, wie er mag. Verlangt man, daß eines der Eltern des Kranken in einer Heilanstalt gewesen sein müsse — für das Publikum das große Kriterium, ja mancher, der 30 Jahre dort gewesen ist, gilt ihm noch als „so vernünftig wie Sie, Herr Doktor, und ich“ — so kommen natürlich sehr wenige Prozente heraus. Zieht man andrerseits alle geringeren geistigen Abnormitäten, wie sie sich nur im näheren Verkehr erkennen lassen, in Betracht, so kommt man annähernd auf 100 Proz. Denn kein Geisteskranker erscheint so leicht in einer Familie, ehe in ihr allerlei Sonderlinge, Verträumte, leicht Schwachsinnige, Jähzornige oder Querulanten, die man gewöhnlich schonend als „sehr anspruchsvolle“ Leute bezeichnet, aufgetreten sind. Es geht hier ähnlich wie bei der Belastung der Schwindsüchtigen. Wir wundern uns, wenn Brehmer in seinem bekannten Buche, und nach ihm noch viele andere, den Prozentsatz der belasteten Phthisiker auf etwa zehn angibt. Solche geringe Zahlen erklären sich daraus, daß als belastet nur angesehen wird, wessen Vater oder Mutter schwindsüchtig war. Daß aber ein solches Haften an der Wortdiagnose verkehrt ist und die wahren Hergänge in der Natur falsch wiedergibt, ist hier wiederholt gezeigt worden. Die Natur läßt, unbekümmert um die Namen, die wir den Defekten geben, und um ihre Unterschiede, die uns größer erscheinen, als sie sind, den einen aus dem anderen in der Folge der Generationen hervorgehen. Die im Wochenbett, an

Magengeschwür oder jung an Lungenentzündung verstorbene Tochter eines Schwindsüchtigen ist so gut von seiner Seite her belastet, wie ihre Tochter wiederum sich als von ihr belastet erweist, wenn sie schwindsüchtig wird. Nur in diesem weiteren Sinne ist der Begriff der Belastung brauchbar; verlangt man aber, daß die genauen herkömmlichen Diagnosen bei Vater und Sohn zusammenstimmen und die Worte „schwindsüchtig“ mit „schwindsüchtig“, „geisteskrank“ mit „geisteskrank“ in aufeinander folgenden Generationen zusammenklappen, so wird die Frage nach der Belastung zur Spielerei, und ihre verneinende Beantwortung führt in die Irre. Zur Bekräftigung dieser Ansicht und zum Beweise, daß eine Belastung in dem erwähnten weiteren Sinne bei der großen Mehrzahl der Geisteskranken (gerade wie bei den Schwindsüchtigen) zutrifft, eine Belastung in dem Sinne aber, daß Geisteskrankheit in einer vorhergehenden Generation auftrat, für gewöhnlich nicht erwartet werden kann, soll eine tabellarische Übersicht über die Hereditätsverhältnisse von 14 Geisteskranken dienen. „Unter diesen 14 Geisteskranken nun finden wir nur einmal das Vorkommen von Geisteskrankheit in einer vorhergehenden Generation, bei einer Schwester des Vaters. Dazu muß bemerkt werden, daß die Aszendenz mehrerer Kranker bis in die Generation der Ur- oder gar Urgroßeltern verfolgt werden kann. Dagegen fehlt niemals die andersartige Belastung. Meist ist es die Schwindsucht, selten allein, vielmehr mit anderen Zeichen konstitutioneller Degeneration verknüpft. In zwei Fällen ist von Schwindsucht nichts mit Bestimmtheit nachzuweisen, wenngleich ihre Anwesenheit zu vermuten ist; dafür finden sich die Apoplexie und andere mit der Schwindsucht vikariierende Erkrankungen. Wir sehen also, daß die Geisteskrankheit in der Regel auf dem nämlichen Boden gedeiht wie Schwindsucht, Krebs, Apoplexie und die anderen Defekte, auf deren Vikariieren mit der Schwindsucht hier öfters hingewiesen worden ist. Selten treffen mehrere Defekte bei derselben Person zusammen, meist entwickelte sich aus der gemeinsamen Grundlage, aus der der Familie gemeinsamen defekten Erbschaftsmasse, für jede Person ein dominierendes Leiden, während sie von den anderen verschont blieb. — Mit der Behauptung,

daß die erste Bedingung der Geisteskrankheit ein Familiendefekt allgemeinerer Art ist, soll weder sein ausnahmsweises Fehlen geleugnet werden (Erschöpfungspsychosen z. B. können auch bei Gliedern kerngesunder Familien vorkommen), noch die Bedeutung der bekannten Ursachen der Geisteskrankheit, der Überanstrengung, der Syphilis, der Vergiftungen etc., herabgesetzt werden. Aber ihre Wirksamkeit erhöht sich um das Vielfache, sobald sie auf ein defektes Individuum treffen, während sie an einem kerngesunden keinen erheblichen und dauernden Schaden anrichten können. Man kann deshalb getrost behaupten, daß die Grundbedingung der Geisteskrankheit dieselbe ist wie die der mehrerwähnten, aus der Konstitution hervorgehenden Körperkrankheiten, nämlich eine schwer faßbare Störung der Lebensvorgänge, der Selbstregulierung des Organismus, eine verminderte Funktionstüchtigkeit und Widerstandskraft der Organe, eine Unfähigkeit zur Regeneration geschädigter Teile, oder wie man es nun nennen mag. Es ist freilich ein verschwommener und daher mit Worten schwer zu kennzeichnender Begriff, aber er hat vor vielen anderen voraus, daß ihm ein fester Kern nicht abzustreiten ist.“ Am weitesten fassen wohl den Begriff der Heredität die modernen französischen Psychiater, denen sich auch verschiedene deutsche Forscher im wesentlichen anschließen; bei ihnen erreicht die hohe Einschätzung der erblichen Belastung in der Ätiologie der Psychosen ihren Gipfelpunkt und grenzt vielleicht schon an Überschätzung. So entstand der Trélatsche Satz: L'hérédité est la cause des causes, welchem in neuster Zeit besonders auch Dejerine huldigt, welcher die Geisteskrankheit, unter welchen Formen sie auch immer erscheine, eine „affection toujours héréditaire“ nennt. — In vollem Gegensatz zn dieser extremen Schätzung der Heredität in der Ätiologie der Geisteskrankheiten steht die geringe Bewertung derselben seitens vieler Forscher; besonders auffallend ist dabei die mangelhafte Berücksichtigung der erblichen Belastung in der Ätiologie der Psychosen des Wochenbettes. Der Hauptgrund dafür ist wiederum in den verschiedenen Fassungen zu suchen, welche dem Begriffe der Heredität von den Autoren gegeben werden. Viele Bearbeiter der Puerperalpsychosen gehen offenbar

von der falschen Ansicht aus, daß nur in den Fällen von erblicher Belastung die Rede sein könne, wenn in der direkten und unmittelbaren Aszendenz ausgesprochene Psychosen nachweisbar sind. Von diesem Gesichtspunkte aus wird man freilich der Heredität keine besondere Bedeutung in der Ätiologie der Geisteskrankheiten des Wochenbetts beimessen können. Zu ganz anderen Resultaten gelangt man jedoch, wenn man auch die in der Aszendenz vorgekommenen psychopathischen Konstitutionen, Nervenkrankheiten, chron. Infektions- und Intoxikations-Krankheiten etc. mit in Betracht zieht. Freilich gelingt die Feststellung der Hereditätsverhältnisse nicht immer leicht, oft stößt dieselbe sogar auf fast unüberwindbare Schwierigkeiten, wiederum ein Moment, welches zur Unterschätzung der ätiologischen Bedeutung der erblichen Belastung der im Puerperium Erkrankten führt. Die völlige Beseitigung dieser Schwierigkeiten ist oft sogar ein Ding der Unmöglichkeit, weil dieselben nicht selten in der Natur der Sache begründet sind. Denn das hier in Betracht kommende Beobachtungsmaterial in den nichtprivaten Irrenanstalten liefern zum größten Teil die Wöchnerinnen aus den niederen Ständen; die genaue Feststellung der Anamnese und die richtige Beurteilung derselben wird da nicht selten vereitelt durch Indolenz und Unwissenheit, uneheliche Herkunft, Verschollensein der Aszendenten, geflissentliches Verschweigen der hereditären Verhältnisse aus sozialen Rücksichten (eine noch häufigere Erscheinung in den höheren Ständen), mangelhafte Kenntnis der Geschichte mehrerer vorausgegangener Generationen. Was aber jene geistigen Abnormitäten in der Aszendenz betrifft, welche noch hart an der Grenze des Normalen stehen, psychopathische Konstitutionen höheren oder geringeren Grades, so wird man oft selbst vom Gebildeten, geschweige denn vom Ungebildeten, brauchbare Angaben nicht erwarten dürfen. Nicht selten ist aber eine mangelhafte Anamnese die Folge von Unterlassungssünden seitens des untersuchenden Arztes. Welche wichtige Rolle die Intensität der Nachforschung und die engere oder weitere Fassung des Begriffes der erblichen Belastung bei der Beurteilung der Hereditätsverhältnisse spielt, beweisen folgende Beispiele. Binswanger erwähnt, daß er selbst eine

Steigerung der Hereditätsverhältnisse von 35 bis 40 Proz. auf 60 bis 65 Proz. erhalten habe dadurch, daß er später Erkundigungen bei den Hausärzten der Patienten einzog, und bei Pollitz finden wir, daß dasselbe Krankenmaterial unter zwei Forschern wesentlich verschiedene Resultate gibt, so in München 1884/85 bei Gudden 36,9 Proz. Heredität, 1885/86 bei Grashey 54,6 Proz., unter demselben 1886/89 65,5 Proz.; ebenso findet in Roda unter demselben Autor Bartels von 1887/91 ein Absinken von 24 auf 6 Proz. statt. — All die angeführten Momente: subjektive Fassung des Begriffs der erblichen Belastung, mangelhafte Intensität in der Forschung nach den Hereditätsverhältnissen, Indolenz und Unwissenheit der Patienten und Referenten etc. lassen denn auch den Wert der bisherigen statistischen Angaben über die Bedeutung der Erblichkeit in der Ätiologie der Wochenbettspsychosen (mit wenigen Ausnahmen) nicht allzuhoch anschlagen. Auch hier schwanken die Angaben von wenigen Prozenten bis zu 70. Soll von einem entscheidenden Wort der Statistik bei der Beurteilung des Einflusses der erblichen Belastung auf die Entstehung der Puerperalpsychosen die Rede sein können, so müssen zunächst all die erwähnten Mängel beseitigt werden. Allerdings liegen ja die Schwierigkeiten, mit denen die Statistik zu kämpfen hat, zum Teil, wie bereits hervorgehoben, in der Natur der Sache selbst, in, vorläufig wenigstens, schwer zu beseitigenden Umständen und Verhältnissen, was aber doch verlangt werden kann und muß, das ist Einigung in bezug auf die Fassung des Begriffs der Heredität und intensivste Forschung nach den Erblichkeitsverhältnissen in jedem Einzelfalle. Auch würde es ja vollkommen genügen, an der Spitze der statistischen Übersicht stets den Standpunkt (in der Frage nach dem Umfang des Hereditätsbegriffs) anzugeben, von dem aus dieselbe aufgestellt wird, mit gleichzeitiger Aufzählung der Fälle und Hervorhebung der Momente, in denen bei etwaiger weiterer Fassung des Erblichkeitsbegriffs hereditäre Belastung noch erblickt werden könnte. Dies wäre vielleicht der einzige Weg, um die statistischen Angaben zu einer wirklichen Quelle der Belehrung über die Bedeutung des Erblichkeitsfaktors in der Ätiologie der Geistes-

krankheiten überhaupt und der Wochenbettspsychosen insbesondere zu gestalten. —

Was nun unsere Statistik betrifft, so haben wir bei der Aufstellung derselben die oben erwähnte maßvolle Fassung des Hereditätsbegriffes Ziehens zur Richtschnur genommen, eine Fassung, die sich ebenso fern von Übertreibungen wie von Untertreibungen hält. Unser Material, bestehend aus 27 Krankengeschichten, läßt eine Intensität der Forschung nach Hereditätsverhältnissen erkennen, die nichts zu wünschen übrig läßt, und wenn letztere trotzdem nicht in allen Fällen eine genügende Aufklärung erfahren haben, so ist der Grund lediglich in den oben erwähnten Schwierigkeiten zu suchen, mit denen, wie gesagt, die Feststellung der Erblichkeitsverhältnisse noch lange Zeit zu kämpfen haben wird. Das Ergebnis, zu dem unser Krankenmaterial führt, gelangt nun in folgender Übersichtstabelle zum Ausdruck:

Erbliche Belastung	
geleugnet	1
nicht nachweisbar (Angaben fehlen)	4
wahrscheinlich	4
nachgewiesen	18
Summe	27

In den 18 nachgewiesenen Fällen von Heredität handelt es sich meist um schwere erbliche Belastung: in 11 bildet Trunksucht eines der Eltern, in einem Falle Epilepsie, in einem andern Geisteskrankheit der Mutter, einmal (wahrscheinlich) Lues des Vaters, einmal Blutsverwandtschaft und Kränklichkeit der Eltern und dreimal Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie das belastende Moment. Die nähere Beurteilung der belastenden Momente soll noch bei der speziellen Besprechung der Krankengeschichten, bei den Epikrisen, stattfinden, hier sei nur noch darauf hingeweisen, daß, wie aus unserer Statistik klar hervorgeht, die erbliche Belastung keineswegs jene untergeordnete Rolle in der Ätiologie der Wochenbettspsychosen spielt, die ihr bisher in der Regel zugeschrieben wurde. Handelt es sich doch immerhin um ca. 67 Proz. Rechnet man noch zu den 18 mit Sicherheit nachgewiesenen Fällen von Heredität die 4

wahrscheinlichen hinzu, so würde ja in 81 Proz. aller Fälle erbliche Belastung mit im Spiele sein, wobei es sogar nicht ausgeschlossen ist, daß in jenen 4 Fällen, wo die Angaben über die Hereditätsverhältnisse fehlen (also in weiteren 14 Proz.), auch noch erbliche Belastung vorliege. Dieser Umstand gibt doch zu denken. Wir wollen keineswegs außer acht lassen, daß wir nur über ein beschränktes Krankenmaterial verfügen, welches allzu weitgehende Verallgemeinerungen und Schlüsse nicht gestattet, aus einem eingehenden Studium von Krankengeschichten aus der Literatur haben wir jedoch immer mehr und mehr den Eindruck gewonnen, daß die bisherige Unterschätzung des hereditären Moments in der Ätiologie der Puerperalpsychosen in Widerspruch mit den Tatsachen der Erfahrung steht, ja, daß dieser Faktor in vielen Fällen sogar die Hauptrolle beim Zustandekommen der Geistesstörung spielt. Auf diesen Punkt kommen wir jedoch bei Gelegenheit der ausführlichen Besprechung unserer Krankengeschichten noch zurück. Es soll an jener Stelle gezeigt werden, daß bei vielen hereditär belasteten Individuen dem Puerperium lediglich die Bedeutung eines auslösenden Moments beizumessen ist, eine Tatsache, auf die bereits Neumann u. a. hingewiesen haben.

b) Uterine Heredität.

Zuweilen läßt sich erbliche Belastung im engeren Sinne selbst bei genauester Nachforschung nicht nachweisen. Handelt es sich dabei um eine Wochenbettspsychose, deren exogene Faktoren von nur geringer ätiologischer Bedeutung, oder wenn solche (außer dem normalen Puerperium) überhaupt nicht nachweisbar sind, so wird man auch an jene Schädlichkeiten denken müssen, die den mütterlichen Organismus während der Schwangerschaft treffen und dem Kinde eine Prädisposition zu psychischen Alterationen schaffen können. Eine auf diese Weise entstandene Veranlagung bezeichnen viele Autoren als uterine Heredität. Diese Schädlichkeiten können sowohl psychischer Natur (chronische Affekterregungen: Sorge, Kummer, vielleicht aber auch akute Gemütsbewegungen: Schreck etc.) sein als auch somatischer (Alkoholismus, Syphilis und verschiedene

andere Krankheiten). Hierher gehören auch jene Momente, welche nach Ziehen nicht selten selbst zu Imbezillität des Kindes führen. „Unter diesen führe ich an erster Stelle Kopftraumen, d. h. Verletzungen des kindlichen Kopfes, an. Teils handelt es sich um Verletzungen, welche der Fötus bei einem Fall der Mutter oder bei einem Stoß gegen den mütterlichen Leib in der Gebärmutter erlitten hat, teils um Verletzungen während der Geburt, z. B. bei sogenannten Sturzgeburten, bei Zangengeburten infolge des Druckes der Zange oder bei starker Zusammendrückung des Schädels infolge der abnormen Enge des mütterlichen Beckens, teils endlich um Kopfverletzungen bzw. Kopferschütterungen durch Fall oder Schlag in den ersten Lebensjahren. Wolff hat bei 198 von 1436 imbezillen Kindern, also bei ca. 14 Proz., eine solche traumatische Ätiologie — Schädigung des Kopfes vor, während oder gleich nach der Geburt durch Fall, Stoß etc. — festgestellt. Aus Pipers Mitteilungen würde sich ein Prozentsatz von 9 Proz. ergeben. — Diesen traumatischen Fällen stehen jene Fälle sehr nahe, in welchen infolge von Wehenschwäche, leichterer Beckenenge, Unnachgiebigkeit der mütterlichen Weichteile die Geburt sich sehr in die Länge zieht, und zwar keine nennenswerte Zusammendrückung des kindlichen Schädels erfolgt, aber doch die Blutzirkulation des kindlichen Kopfes und damit des Gehirns längere Zeit gestört wird. Bei der außerordentlichen Empfindlichkeit der Elemente des Nervensystems gegen Zirkulationsstörungen ist eine solche Entstehungsweise der Imbezillität sehr wohl verständlich. So erklärt sich vielleicht auch die allerdings nicht unbestrittene Angabe von Langdon, Down u. a., wonach Imbezillität bei Erstgeborenen häufiger sein soll; die soeben angeführten Schädlichkeiten sind zum Teil in der Tat bei Erstgeburten in höherem Maße vorhanden als bei Zweit-, Drittgeburten etc. Unzweifelhaft ist es auch, daß Kinder, welche scheintot (asphyktisch) geboren wurden, öfter der Imbezillität verfallen als normal geborene Kinder. Dieser asphyktische Zustand bedingt wahrscheinlich an sich gleichfalls Schädigungen des Gehirns. — In Verband hiermit mag auch der populären Meinung gedacht werden, daß schwere Gemütsbewegungen während der Schwangerschaft, namentlich

Schrecken, die Intelligenz des Kindes gefährden. Man könnte sich denken, daß die den Schrecken begleitenden Zirkulationsstörungen auch auf den Fötus schädigend einwirken könnten. Indes ist die wissenschaftliche Statistik der Annahme eines solchen Zusammenhangs nicht günstig. Sehr plausibel ist dagegen, daß insofern anhaltende schwere Gemütsbewegungen der Mutter (Sorge, Kummer) die Hirnentwickelung des Kindes schädigen können, als sie zu einer ungenügenden Ernährung der Mutter und damit des Kindes führen. Ebenso scheinen auch Nervenkrankheiten, welche die Mutter gerade während der Schwangerschaft befallen (wie z. B. der Veitstanz der Schwangeren), die geistige Entwickelung in besonderem Maß zu gefährden. — Frühgeburt (z. B. im achten Monat) wird in einzelnen Fällen ebenfalls als Ursache der Imbezillität angeführt. Ich selbst kann die Richtigkeit dieser Angabe auf Grund eigener Beobachtungen bestätigen, muß aber hinzufügen, daß in diesen Fällen relativ oft der Defekt sich in späteren Jahren noch ausgleicht, daß also die Intelligenzentwicklung in diesen Fällen oft mehr als verzögert und nicht als dauernd defekt zu bezeichnen ist“ (Ziehen, Geisteskrankheiten des Kindesalters, 1. Heft, S. 12). — Wenn nun die genannten Schädlichkeiten selbst zu ausgesprochener Geistesschwäche führen können, um wie viel mehr zu abnormer Widerstandslosigkeit des psychischen Organes und zu pathologischer Erschöpfbarkeit bei Einwirkung selbst geringfügiger Einflüsse: zu einer Prädisposition für Alterationen der Psyche. Allerdings hat ja die Feststellung dieser sog. uterinen Heredität zuweilen mit noch größeren Schwierigkeiten zu kämpfen als die Feststellung der erblichen Belastung. Man wird jedoch, wie gesagt, an eine solche uterine Heredität denken müssen, sobald es sich um eine Wochenbettspsychose handelt, bei der die ätiologische Bedeutung der exogenen Faktoren in gar keinem Verhältnis zur Schwere der ausgelösten Geistesstörung steht, und erbliche Belastung sowie anderweitige Prädisposition mit Sicherheit auszuschließen ist. Was endlich unser Krankenmaterial betrifft, so ist nur in einem Falle ($7^1/_2$-Monatskind) eine durch uterine Schädlichkeiten hervorgerufene Prädisposition nachweisbar.

c) Erworbene Prädisposition.

Außer der angeborenen Veranlagung in Form von erblicher Belastung und uteriner Heredität läßt sich in der Ätiologie der Wochenbettspsychosen ungemein häufig eine erworbene Prädisposition, entstanden auf dem Boden der verschiedensten somatischen Erkrankungen und anderer Schädlichkeiten, nachweisen. Denn jede Abnormität oder jeder pathologische Zustand, der zur Schwächung und Schädigung des Organismus und damit auch des Nervensystems führt, kann prädisponierend für die spätere Entstehung von Geisteskrankheiten wirken. Ganz besondere Beachtung verdienen hier hinsichtlich der Intensität ihres prädisponierenden Einflusses jene Schädlichkeiten, die das Organ der Psyche selbst treffen: überstandene Krankheiten des Gehirns und seiner Hüllen gelten darum von jeher als außerordentlich schwerwiegende Momente in der Ätiologie der Psychosen. Von nicht geringerer Bedeutung für die spätere Entstehung von Geisteskrankheiten sind traumatische Schädigungen des Zentralnervensystems. Abgesehen von den vollentwickelten traumatischen Früh- und Spätpsychosen, zu denen solche Läsionen des Gehirns führen können, kommt es nicht selten zur Entwicklung einer sog. traumatischen psychopathischen Konstitution, d. h. „eine vollentwickelte, ausgesprochene Psychose bleibt aus, aber ein sorgfältiger Vergleich des psychischen Zustandes vor und nach dem Unfall ergibt doch, daß sich zahlreiche leichtere psychische Veränderungen seit dem Trauma eingestellt haben. Denjenigen, welche den Getroffenen früher genauer kannten, fällt auf, daß er reizbarer und gedrückter ist, dabei zu starken Stimmungsschwankungen neigt, rascher geistig ermüdet, eine leichte Einbuße an Vielseitigkeit der Interessen, an Schnelligkeit und Weitsichtigkeit des Urteils und an geistiger Produktivität erfahren hat und resistenzloser gegen Hitze, Affekte, Tabak und namentlich Alkohol ist. Auf körperlichem Gebiet ist die Neigung zu Kopfschmerzen, Schwindelanfällen (z. B. beim Bücken) und Kongestionen besonders bemerkenswert. Damit ist zugleich eine Prädisposition geschaffen, welche für die Einwirkungen anderer ätiologischer Schädlichkeiten den Boden vorbereitet.

Eine geringfügige Schädlichkeit, welche vor dem Trauma ohne pathologische Reaktion ertragen wurde, führt nach dem Trauma infolge der durch das Trauma geschaffenen neuro- bzw. psychopathischen Konstitution zum Ausbruch einer schweren Psychose“ (Ziehen, Psychiatrie, S. 255). Solche Individuen, bei denen es zur Entwicklung einer traumatischen psychopathischen Konstitution gekommen, werden selbstverständlich auch einen Teil ihrer Widerstandsfähigkeit gegenüber den Schädlichkeiten des Puerperiums eingebüßt haben, und so kommt es denn auch zuweilen auf dem Boden einer derartigen Prädisposition zum Ausbruch einer Wochenbettspsychose. Was nun unser Krankenmaterial betrifft, so werden in 4 Fällen neben anderen auch traumatische Schädigungen sicherlich die Rolle von prädisponierenden Momenten gespielt haben. — Ganz besonders häufig schafft die chronische Erschöpfung einen günstigen Boden für psychische Alterationen. Die Ernährung des zu übermäßigen Leistungen angehaltenen Nervensystems, d. h. die Wiederersetzung der bei der Funktion zersetzten Stoffe, hält nicht gleichen Schritt mit dem gesteigerten Substanzverbrauch, die Kraftausgabe übersteigt die Krafteinnahme, so daß es gleichsam zu einer dauernden, mehr oder weniger erheblichen Bilanzstörung im Kräftehaushalt des Organismus kommt: die geschwächten und übermüdeten Rindenelemente vermögen nicht mehr dem Ansturm von Schädlichkeiten genügenden Widerstand entgegenzusetzen, und so kommt es auch nicht selten auf dem Boden einer solchen Prädisposition zum Ausbruch von vollentwickelten Wochenbettspsychosen. Unter unseren 27 Fällen spielt die chronische Erschöpfung 13 mal die Rolle eines prädisponierenden Momentes, allerdings meist neben anderen endogenen Faktoren, deren Intensität durch die Mitwirkung des Momentes der chronischen Erschöpfung eine ganz erhebliche Zunahme erfahren mußte. — Weiter können auch dauernde kalorische Schädlichkeiten: die Einwirkung starker Hitze in überheizten Zimmern und noch mehr die Einwirkung der strahlenden Wärme (anhaltendes Arbeiten in der Nähe des Herdes) einen günstigen Boden für Affektionen der Psyche schaffen. „Die Wirkungsweise der angeführten kalorischen Schädlichkeiten ist noch nicht völlig

aufgeklärt“ (Ziehen). Die Ätiologie der 6 Fälle, in welchen wir den prädisponierenden Einfluß von kalorischen Schädlichkeiten konstatieren können, zeigt jedoch wiederum auch noch andere endogene Faktoren, so daß uns ein eigentlicher Maßstab zur Feststellung der Bedeutung dieses prädisponierenden Momentes fehlt. Zieht man jedoch den Umstand in Betracht, daß die erwähnten kalorischen Schädlichkeiten selbst zu vollentwickelten Geistesstörungen führen können, so wird man die Bedeutung derselben als prädisponierenden Faktor nicht unterschätzen dürfen. — Auch die Chlorose und die Anämie treffen wir sehr häufig in der Ätiologie der Wochenbettspsychosen als prädisponierende Momente. „Die Chlorose bedingt sehr häufig psychische Veränderungen, so namentlich abnorme intellektuelle Ermüdbarkeit und eine mehr oder minder schwere Apathie (affektive Ermüdbarkeit). Zur Hervorbringung vollentwickelter Psychosen reicht die Chlorose im allgemeinen nicht aus, sie begünstigt nur die Einwirkung anderweitiger ätiologischer Schädlichkeiten“ (Ziehen, Psychiatrie, S. 284). Einen solchen Einfluß auf die Entstehung der späteren Geistesstörung müssen wir auch in 4 unserer Fälle der Chlorose und der Anämie zuschreiben. Im selben Sinne sollen auch profuse Menses wirken; unter unseren Fällen finden wir dieselben dreimal verzeichnet. — Die häufig geübte Masturbation wird vielfach als prädisponierendes Moment hingestellt. Oft wird sie von den Kranken selbst „als Ursache ihrer Geistesstörung auf Grund wahnhafter Selbstanklagen oder hypochondrischer Vorstellungen angegeben. Wahrscheinlich ist ihre ätiologische Bedeutung nur sehr gering, doch ist nicht ausgeschlossen, daß in einzelnen Fällen exzessive Onanie durch ihren erschöpfenden Einfluß und die mit ihr verbundenen abnormen psychischen Erregungen zur Entstehung einer Psychose beiträgt“ (Ziehen, Psychiatrie, S. 274). In einem unserer Fälle scheint die Masturbation doch einen begünstigenden Einfluß auf das Zustandekommen der Geisteskrankheit ausgeübt zu haben. — Daß der chronische Alkoholismus einen günstigen Boden für eine Wochenbettspsychose schaffen kann, ist selbstverständlich; das gleiche gilt auch von der Epilepsie; führen doch diese Schädlichkeiten nicht selten nicht

nur zu vollentwickelten funktionellen, sondern selbst zu Defektpsychosen. Unter unseren Fällen spielen Trunk- und Fallsucht je einmal eine ätiologische Rolle, und zwar im Sinne des prädisponierenden Momentes. — Fast allgemein anerkannt ist der Einfluß von akuten Infektionskrankheiten auf die Entstehung der Prädisposition für psychische Alterationen. In diesem Sinne wirken nicht allein die Bakterien und deren Toxine, sondern auch die hohen Temperaturen, die wohl regelmäßig dauernde, wenn auch nicht immer wahrnehmbare, gröbere Veränderungen des Hirnparenchyms hinterlassen. Auf solche Veränderungen wären dann jene Funktionsstörungen zurückzuführen, die das Gehirn nach schweren akuten Infektionskrankheiten für kürzere oder längere Zeit an den Tag legt, aber auch die Funktionsstörungen, welche dauernd bestehen bleiben und in einer gewissen Herabsetzung der Widerstandfähigkeit des psychischen Organes, z. B. in einer abnormen Reizbarkeit, zum Ausdruck gelangen. Eine solche auf dem Boden von schweren akuten Infektionskrankheiten entstandene (oder gesteigerte) Prädisposition für psychische Alterationen läßt sich in 5 unserer Fälle nachweisen. — Aber auch die chronischen Infektionskrankheiten (Syphilis, Gonorrhöe, Malaria, Tuberkulose etc.) spielen zuweilen in der Ätiologie der Psychosen des Wochenbettes die Rolle von prädisponierenden Momenten. Wir können zwei solche Fälle verzeichnen, und zwar ist es die Lungentuberkulose gewesen, die den günstigen Boden für die psychische Veränderung abgegeben hat. —

Von allgemeinen Stoffwechselkrankheiten ist es nicht selten die Rachitis, die eine Prädisposition für Geistesstörungen schafft. Dieselbe Stoffwechselstörung, welche zur Schädigung des Knochengewebes führt, kann auch eine dauernde Herabsetzung der Resistenzfähigkeit des Gehirns bedingen, zieht sie doch zuweilen sogar einen mehr oder weniger hohen Grad von Schwachsinn nach sich. Was unser Krankenmaterial betrifft, so sind es 2 Fälle, in deren Ätiologie die in der Kindheit überstandene Rachitis die Rolle von prädisponierenden Momenten gespielt haben wird. Daß auch dauernde Verdauungs- und Ernährungsstörungen, hervorgerufen durch Krankheiten des Digestionstractus, einen günstigen

Boden für Alterationen des Organs der Psyche vorbereiten können, ist ganz selbstverständlich. Es ist dabei nicht unwahrscheinlich, „daß abnorme Gärungsprozesse im Magen und Darm wenigstens in vereinzelten Fällen eine Selbstvergiftung herbeiführen“ (Ziehen) und auf diese Weise eine Prädisposition (zuweilen sogar eine vollentwickelte Psychose) verursachen können. Von unseren Fällen sind es zwei, in deren Ätiologie Verdauungs- und Ernährungsstörungen eine solche prädisponierende Rolle gespielt haben. Endlich wird man auch dem Rheumatismus die Bedeutung eines die Geistesstörung begünstigenden Momentes nicht absprechen können. Man hat gemeint, daß er hauptsächlich, wenn nicht allein durch Reizung oder Entzündung der Meningen schädlich würde, man wird jedoch nicht fehlgehen in der Annahme, daß auch sein deletärer Einfluß auf das Herz von Bedeutung sei. Wir können nur einen einzigen Fall verzeichnen, wo dem Rheumatismus die Rolle eines prädisponierenden oder vielmehr die Intensität einer bereits bestandenen Prädisposition verstärkenden Momentes zukommt.

Mit den bisher aufgezählten somatischen Schädlichkeiten, welche zur Entstehung eines günstigen Bodens für psychische Alterationen führen können, ist ihre Anzahl keineswegs erschöpft, wir haben vielmehr nur diejenigen berücksichtigt, welche in der Ätiologie unserer eigenen Fälle eine prädisponierende Rolle gespielt haben. Im allgemeinen kann man wohl, wie bereits hervorgehoben, sagen, daß alle somatischen Erkrankungen und Schädigungen, die mit einer mehr oder minder erheblichen Herabsetzung der Widerstandskraft der regulatorischen Einrichtungen des Nervensystems verknüpft sind, insbesondere aber diejenigen, welche unter Umständen den Ausbruch einer vollentwickelten Geistesstörung verursachen, auch zur Entwicklung einer Prädisposition für Erkrankungen der Psyche führen können. Aber nicht nur Schädlichkeiten somatischer, sondern auch solche psychischer Natur können prädisponierend für die spätere Entstehung von Geisteskrankheiten wirken, ganz besonders chronische Affektstrapazen, d. h. langsam und lange einwirkende Gemütserschütterungen wie Sorge, Ärger und Gram. „Wie wir uns den störenden Einfluß dieser

chronischen Affekte auf die Hirnrinde zu denken haben, muß noch dahingestellt bleiben“ (Ziehen). Was nun unser Krankenmaterial betrifft, so sind es 5 Fälle, in denen chronische Affektstrapazen als prädisponierende Momente nachweisbar sind. Dieselbe Rolle spielen nicht selten fehlerhafte Erziehung, schädliche Lektüre (1 Fall) etc. Und endlich sei noch auf den prädisponierenden Einfluß bereits früher überstandener Psychosen hingewiesen. Unter unseren 27 Fällen finden wir 5, in deren Ätiologie eine früher einmal durchgemachte Geisteskrankheit zweifelsohne von erheblicher Bedeutung ist.

Außerordentlich häufig kommt sowohl die angeborene als auch die erworbene Prädisposition noch lange vor Ausbruch der vollentwickelten Geistesstörung in einem Symptomenkomplex zum Ausdruck, den man als psychoneuropathische Konstitution bezeichnet. Das Hauptcharakteristikum dieses Zustandes ist die sichtliche Herabsetzung der Resistenzfähigkeit des Organes der Psyche, ihr Kardinalsymptom — die abnorme Reizbarkeit, d. h. eine Tendenz zu den Affekten des Zornes und des Ärgers. „Das Pathologische der Affektanomalie liegt darin, daß Zornaffekte zu leicht, d. h. schon bei minimalen Anlässen, in abnormer Intensität oder mit abnormer Nachhaltigkeit (als lange anhaltender Ärger) auftreten“ (Ziehen). Weiter machen sich auch noch andere krankhafte Störungen des Gefühlslebens geltend: pathologische Apathie, Depression, Hyperthymie, Labilität der Gefühlstöne, allgemeine Steigerung der affektiven Erregbarkeit. Auch leichte Abnormitäten auf intellektuellem und motorischem Gebiete werden zuweilen beobachtet. Und endlich sei auf das häufige Vorkommen von sensiblen und sensoriellen Störungen in all ihren Formen hingewiesen. Was unser Krankenmaterial betrifft, so können wir nicht weniger als in 20 Fällen eine mehr oder weniger stark ausgeprägte psychoneuropathische Konstitution konstatieren. Zum Schluß noch die Bemerkung, daß die angeborene Prädisposition unserer Patientinnen sehr häufig auch äußerlich in den sog. Degenerationszeichen ihren Ausdruck fand.

Wir haben bisher eine Reihe von ätiologischen Faktoren angeführt, die unter Umständen bei einer gewissen Intensität der Wirksamkeit schon einzeln und für sich allein genügen, um eine vollentwickelte Psychose und um so mehr die Prädisposition für eine solche hervorzurufen. In der Regel ist jedoch die Prädisposition bzw. die gesteigerte Intensität derselben das Produkt einer ganzen Reihe von (durch größere oder geringere Zeiträume voneinander getrennten) wirksamen Momenten. Zur Bestätigung dieser unserer Behauptung seien hier kurz sämtliche Faktoren angeführt, welche in jedem unserer 27 Fälle zur Entwicklung der Prädisposition für Alterationen der Psyche geführt haben. Zu einem noch später zu erwähnenden Zweck seien hier auch gleich die exogenen Faktoren der betreffenden Psychosen angegeben.

Fall I. **Amentia** bei Endometritis septica. Erbliche Belastung negiert. 1. Kalorische Schädlichkeiten. 2. Chronische Erschöpfung. 3. Affektstrapazen. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Infektion. 4. Akute Gemütserregung.

Fall II. **Amentia.** Übergangsform zu Begleitdelirien. Angaben über Hereditätsverhältnisse fehlen. 1. Chronischer Alkoholismus. 2. Akute Nephritis. 3. Chronische Erschöpfung. 4. Schweres Blasenleiden. 5. Äußerst schmerzhafte Beinkrämpfe. 6. Lungentuberkulose. — Psychopathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Hyperemesis gravidarum. 3. Gebärakt. 4. Erschöpfung. 5. Akute Affekte.

Fall III. **Amentia.** Angaben über Hereditätsverhältnisse fehlen. 1. Kalorische Schädlichkeiten. 2. Frühere Psychose. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Vomitus matutinus und andere Beschwerden. 3. Gebärakt. 4. Infektion.

Fall IV. **Koma** bei Sepsis puerperalis. Angaben über Hereditätsverhältnisse fehlen. **Exogene Faktoren:** Infektion.

Fall V. **Manie.** Angaben über Hereditätsverhältnisse fehlen. 1. Trauma. 2. Typhus. 3. Kalorische Schädlichkeiten. 4. Chronische Erschöpfung. 5. Chronische Affektstrapazen. 6. Frühere Psychose. — Psycho-

pathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Vielleicht auch Erschöpfung.

Fall VI. **Amentia.** 1. Kollaterale erbliche Belastung. 2. Mehrfache Kinderkrankheiten. 3. Chlorose. — Psychoneuropathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Starker Blutverlust. 4. Erschöpfung. 5. Vielleicht auch Infektion.

Fall VII. **Begleitdelirien.** 1. Erbliche Belastung. 2. Kalorische Schädlichkeiten. 3. Chronische Erschöpfung. 4. Lungentuberkulose. 5. Profuse Menses. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Erschöpfung.

Fall VIII. **Akute ideenflüchtige Paranoia.** Übergangsform zur Manie. 1. Erbliche Belastung. 2. Diphtherie. 3. Chronischer Rachenkatarrh. 4. Chlorose. 5. Chronische Erschöpfung. 6. Masturbation. 7. Frühere Psychose. — Psychoneuropathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Akute Intoxikation. 4. Akute Affekte.

Fall IX. **Akute hall. Paranoia.** 1. Erbliche Belastung. 2. Scharlach. 3. Trauma. 4. Röteln. 5. Chronische Erschöpfung. 6. Mit 7 Jahren einen epileptiformen Anfall. 7. Vielleicht luetische Infektion. — Mangelhafte intellektuelle Begabung. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Schwere Geburt. 3. Akuter Affekt. 4. Starker Blutverlust. 5. Erschöpfung.

Fall X. **Amentia.** 1. Erbliche Belastung. 2. Scharlach. 3. Diphtherie. 4. Keuchhusten. 5. Pneumonie. 6. Typhus. — Psychoneuropathische Konstitution. Mangelhafte intellektuelle Begabung. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Erschöpfung. 4. Infektion.

Fall XI. **Akute hall. Paranoia.** 1. Erbliche Belastung wahrscheinlich. 2. Scharlach. 3. Diphtherie. 4. Anämie. 5. Profuse Menses. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Schwere Entbindung. 3. Akute Affekte. 4. Erschöpfung. 5. Vielleicht auch Alkoholintoxikation.

Fall XII. **Akute hall. Paranoia.** 1. Erbliche Belastung. 2. Chronische Affektstrapazen. 3. Frühere Psychose. — Psychoneuropathische Konstitution. **Exogene**

Faktoren: 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Erschöpfung. 4. Akute Affekterregung.

Fall XIII. **Dämmerzustand.** 1. Erbliche Belastung. 2. Epilepsie bis zum 15. Lebensjahre. — Psychoneuropathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Schwangerschaftsniere. 3. Gebärakt. 4. Alkoholintoxikation.

Fall XIV. **Melancholie.** 1. Erbliche Belastung. 2. Magen- und Darmkatarrh. 3. Trauma. 4. Profuse Menses. 5. Chronische Erschöpfung. 6. Frühere Psychose. — Psychoneuropathische Konstitution. Mangelhafte intellektuelle Begabung. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Geburtsakt. 3. Akute Affekterregung.

Fall XV. **Perakute hall. Paranoia.** 1. Erbliche Belastung. 2. Chronische Affektstrapazen. Psychoneuropathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Schwangerschaftsniere. 3. Gebärakt. 4. Anämie. 5. Eklampsie.

Fall XVI. **Akute hall. Paranoia.** 1. Erbliche Belastung. 2. Chronische Erschöpfung. 3. Gonorrhöe. 4. Vielleicht auch Lues. 5. Unmäßigkeit im Kaffeegenuß. 6. Schädliche Lektüre. 7. Heimweh. — Psychopathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Vomitus matutinus. 3. Frühgeburt. 4. Akute Affekte.

Fall XVII. **Akute ideenflüchtige Paranoia.** 1. Erbliche Belastung. 2. Kalorische Schädlichkeiten. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Starker Blutverlust. 4. Erschöpfung.

Fall XVIII. **Amentia.** 1. Erbliche Belastung. 2. Affekterregungen. 3. Chronische Erschöpfung. — Psychoneuropathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Schwangerschaftsniere. 3. Gebärakt. 4. Nephritis. 5. Akute Erschöpfung.

Fall XIX. **Ideenflüchtige Amentia.** 1. Erbliche Belastung. 2. Otitis media. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Erschöpfung.

Fall XX. **Subakute Paranoia.** 1. Erbliche Belastung wahrscheinlich. — Mangelhafte intellektuelle Begabung. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt.

Fall XXI. **Eklamptische Delirien**. 1. 7½-Monatskind. 2. Windpocken. 3. Rachitis. 4. Keuchhusten. 5. Chronische Erschöpfung. 6. Affekterregungen. — Psychoneuropathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Eklampsie.

Fall XXII. **Erschöpfungsdelirien**. 1. Erbliche Belastung. 2. Skrofulose. 3. Rachitis. 4. Ruhr. 5. Windpocken. 6. Schlechte hygienische Verhältnisse. 7. Öfter Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. — Psychoneuropathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Schwangerschaftsniere. 3. Zangengeburt. 4. Erschöpfung.

Fall XXIII. **Begleitdelirien**. 1. Erbliche Belastung. 2. Halsbräune. 3. Blinddarmentzündung. 4. Öfter Kopfschmerzen und Schwindelanfälle. 5. Erschöpfung. — Mangelhafte intellektuelle Begabung. Psychoneuropathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Akute Affekte. 4. Akute Erschöpfung. 5. Infektion.

Fall XXIV. **Hysterische psychopathische Konstitution**. 1. Erbliche Belastung. 2. Scharlach. 3. Diphtherie. 4. Keuchhusten. 5. Chronische Erschöpfung. 6. Chlorose. 7. Magenbeschwerden. — Psychoneuropathische Konstitution. Mangelhafte intellektuelle Begabung. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Akute Erschöpfung.

Fall XXV. **Melancholie**. Übergangsform zur Halluzinose. 1. Erbliche Belastung. 2. Schwerer Gelenkrheumatismus. — Psychoneuropathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Akute Affekte.

Fall XXVI. **Manie**. Übergangsform zur akuten ideenfl. Paranoia. 1. Erbliche Belastung. 2. Chronische Erschöpfung. 3. Kalorische Schädlichkeiten. 4. Traumen. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Zangengeburt. 3. Akute Erschöpfung. 4. Akute Affekte.

Fall XXVII. **Amentia**. Angaben über Hereditätsverhältnisse fehlen. — Psychoneuropathische Konstitution. **Exogene Faktoren:** 1. Gravidität. 2. Gebärakt. 3. Akute Affekte. 4. Vielleicht auch Infektion.

Diese kurze Übersicht über die Vorgeschichte unserer Fälle genügt wohl, um mit Evidenz darzutun, daß die Wochenbettspsychosen hinsichtlich ihrer Ätiologie keineswegs jene Sonderstellung in der Psychiatrie beanspruchen können, die ihnen von den meisten Autoren auf Grund von unzulänglichen anamnestischen und statistischen Angaben bisher eingeräumt wurde. Sie bedürfen vielmehr zu ihrer Entwickelung der endogenen Faktoren nicht weniger als irgend eine extrapuerperale Geistesstörung, und nur in denjenigen Fällen, wo die exogenen Faktoren von gewaltiger Intensität sind (wie etwa in Fall IV), erscheinen dieselben ausreichend, um eine vollentwickelte Psychose zustande zu bringen. Die bisherigen Spezialschriften über Puerperalpsychosen berücksichtigen lediglich die angeborene Form der Prädisposition und selbst diese in der oben erwähnten engen Fassung dieses Begriffs, hingegen findet die erworbene Form der Prädisposition fast gar keine Beachtung. Und dieser Umstand ist es, der die irrtümliche Ansicht hat aufkommen lassen, daß die Prädisposition in der Ätiologie der Geistesstörungen des Wochenbettes gar keine oder eine nur sehr unbedeutende Rolle spiele. Soweit nur ausführliche und brauchbare Krankengeschichten in der Literatur vorliegen, findet dieser Standpunkt in derselben nicht seine Begründung, sondern Widerlegung. Allerdings spielt die Prädisposition beim Zustandekommen der Geisteskrankheit nicht immer die Hauptrolle. In vielen Fällen ist es die Wucht der einstürmenden okkasionellen Momente, die den Ausschlag gibt, in anderen hingegen bildet die Prädisposition die Hauptursache. Wie aber aus den Epikrisen zu unseren Krankengeschichten hervorgeht, ist die größere oder geringere ätiologische Bedeutung der einzelnen Faktoren der Psychose nicht immer mit Sicherheit festzustellen.

2. Exogene Ursachen.

Die endogenen Faktoren stellen im allgemeinen eben nur eine Prädisposition zu psychischer Erkrankung dar, und müssen meist, wenn auch nicht immer, noch besondere intra vitam wirkende Schädlichkeiten hinzukommen, um aus dieser Prädisposition eine wirkliche

Psychose hervorzubringen. „Das Eintreten bzw. Ausbleiben dieser Schädlichkeiten würde es bedingen, daß das eine Individuum erkrankt und das andere, gleichermaßen belastete gesund bleibt“ (Ziehen). Eine wahre Prädilektionszeit für solche Schädlichkeiten stellt nun für das Weib das Fortpflanzungsgeschäft dar. Hier treffen nicht selten alle jene ätiologischen Momente zusammen, welche auch bei den extrapuerperalen Psychosen die Gelegenheitsursache abgeben: akute Erschöpfung, Infektion, Intoxikation usw. Die Psychosen des Wochenbettes sind in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Produkt von endogenen und exogenen Faktoren, also abhängig von dem Grade der Prädisposition einerseits und von der Intensität der Gelegenheitsursache andererseits. Ist die letztere von stärkerer Wucht, so wird selbstverständlich schon ein geringer Grad von Prädisposition genügen, um die Geistesstörung zur Entwicklung zu bringen, und umgekehrt: auf dem Boden einer schweren Prädisposition werden schon verhältnismäßig geringfügige Gelegenheitsursachen, z. B. schon die physiologischen Prozesse des Fortpflanzungsgeschäftes, ausreichen, um schwere Alterationen der Psyche auszulösen. — Wir wollen nun zur Betrachtung dieser Gelegenheitsursachen der Wochenbettspsychosen übergehen.

a) Schwangerschaft.

„Es gibt kein zweites Ereignis im Leben des Weibes, welches so gewaltige Veränderungen an Leib und Seele hervorruft wie der Eintritt der Befruchtung.“ „So gewiß eine Beeinflussung des Gesamtorganismus durch die Schwangerschaft stattfindet, so hält es doch schwer, ihre Einwirkung im einzelnen zu definieren und von den krankhaften Veränderungen stets die physiologischen, naturgemäßen Folgeerscheinungen zu trennen. An die Organe der Respiration und Zirkulation, der Verdauung, des Stoffwechsels und der Sekretion werden ohne Zweifel höhere Anforderungen gestellt, und ihre Leistungen müssen mit dem Wachstum der Frucht eine Steigerung erfahren: Der Gaswechsel in den Lungen muß um so viel zunehmen, als die Frucht an Sauerstoff konsumiert und an Kohlensäure an das mütterliche Blut abgibt; die Vermehrung der Herzarbeit ist ohne weiteres klar, wenn

man die gewaltige Zunahme und Erweiterung des uterinen Gefäßgebietes in Betracht zieht; der Darm und die großen Drüsen des Unterleibes haben das Quantum von Nährstoffen aufzunehmen und zu verarbeiten, dessen der Fötalkörper zu seinem Aufbau bedarf; den Nieren fällt neben ihrer regelmäßigen Tätigkeit noch die Aufgabe zu, die massenhaften Schlacken fortzuschaffen, welche bei der in großem Maßstabe und raschem Tempo vor sich gehenden Neubildung von lebendem Eiweiß abfallen. Gesunde Frauen mit gesunden Organen überwinden all diese Anforderungen, ohne daß Störungen zutage treten, und ohne daß der Körper gezwungen wäre, das Plus an Arbeitsleistung durch hypertrophische Entwickelung der Organe zu ermöglichen. Die vielfach angenommene Arbeitshypertrophie des Herzens, insbesondere seines linken Ventrikels, haben exakte Untersuchungen nicht bestätigen können; Lunge, Darm, Leber, Nieren usw. erfahren bei Schwangeren keine anatomischen Veränderungen, auch die Zahl der roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt halten sich innerhalb normaler Grenzen. Es scheint somit, daß die in der Schwangerschaft geforderte Funktionssteigerung der Organe innerhalb der physiologischen Breite ihrer Arbeitsfähigkeit liegt, welche allerdings aufs äußerste ausgenützt wird. Dieser Höhepunkt in der Funktion der einzelnen Organe spiegelt sich auch in dem Äußeren des Körpers wider, dessen Formen sich in der ersten Hälfte der ersten Gravidität zur höchsten Blüte entfalten. Wie nahe aber die Anforderungen der Schwangerschaft an die Grenze der Leistungsfähigkeit herangehen, das zeigt freilich auf der anderen Seite die Häufigkeit der Störungen, die im Gefolge der Gravidität auftreten und bei ungenügend entwickelten, schwächlichen oder kranken Frauen rasch einen bedenklichen Grad erreichen können. In Rücksicht darauf kann man geradezu die Schwangerschaft als den Prüfstein der Kraft und der Gesundheit des Körpers und der einzelnen Körperorgane betrachten. Und wenn man auch geringfügige und vorübergehende Veränderungen, wie z. B. die schwachen Grade von Hydrämie und Leukocytose, die bei jungen Frauen im Beginne der Gravidität oft auftreten, ferner die nervösen Erregungs- und Depressionszustände, die Störungen der Darmfunktion, das morgendliche Erbrechen

und Übelsein, die als Chloasma uterinum bekannten Pigmentablagerungen in der Gesichtshaut, die Ernährungsstörungen der Zähne und die Kalkablagerungen an der Tabula int. des Schädels, die Rokitansky als puerperales Osteophyt beschrieben hat, die Anschwellung der Schilddrüse u. dgl. m. nur als gewöhnliche Begleiterscheinungen der Gravidität aufzuführen pflegt, so gehören sie doch samt und sonders in das Gebiet der krankhaften Störungen, von denen die körperlich und geistig vollkommen normale Frau nichts weiß" (Bumm, Geburtshilfe. 1908, S. 121). Die oft in der Schwangerschaft zu beobachtenden Geistesstörungen höheren und geringeren Grades setzen demnach eine gewisse Prädisposition für psychische Alterationen voraus, und die erwähnten, sozusagen physiologischen Schädlichkeiten der Gravidität: die tief eingreifenden Veränderungen im Gesamtorganismus, die förmliche Umwälzung in den Zirkulationsverhältnissen, bedingt durch die Einschaltung des Placentarkreislaufes, die dadurch hervorgerufene (in der Regel den Charakter der Anämie tragende) Beeinträchtigung der Zirkulation in anderen Organen, namentlich im Gehirn etc., stellen in der Mehrzahl der Fälle nur die Gelegenheitsursachen der psychischen Erkrankungen dar. Ist aber die Schwangerschaft als solche imstande, selbst vollentwickelte Psychosen zu verursachen, so ist es ohne weiteres einleuchtend, daß sie die Intensität einer bereits bestehenden Prädisposition für psychische Alterationen wird steigern müssen; die endogenen Faktoren treten dann unter Umständen aus dem Zustand der Latenz heraus und führen dann unter Mitwirkung der fortdauernden Schädlichkeiten der Gravidität und des darauffolgenden Puerperiums allmählich zur Entwicklung einer Wochenbettspsychose. Zu den Gelegenheitsursachen derselben gehört daher in der Regel auch die Schwangerschaft mit ihren ungünstigen Einflüssen auf das Organ der Psyche, nicht selten läßt sich sogar dieser Zusammenhang ohne weiteres nachweisen, indem einige psychopathische Symptome schon im Verlauf der Gravidität sich bemerkbar machen, während die vollentwickelte Psychose erst im Puerperium zum Ausbruch kommt. Jedenfalls aber ist die ätiologische Bedeutung der Schädlichkeiten der Schwangerschaft für die Entstehung der Geistesstörungen des Wochenbettes nicht zu unterschätzen.

— Bisher war die Rede von den schädigenden Einflüssen der normal verlaufenden Gravidität. Noch erheblicher ist natürlich die Bedeutung der von pathologischen Zuständen begleiteten Schwangerschaft für das spätere Zustandekommen von puerperalen Geisteskrankheiten. Die Konzeption und die damit einsetzende Entwickelung der Frucht bewirkt eine beträchtliche Vermehrung des Stoffumsatzes im mütterlichen Körper. „Der Fötus entnimmt das Material zum rapiden Aufbau der lebenden Protoplasmasubstanzen seiner Organe dem mütterlichen Blute und gibt dahin auch die Schlacken ab, welche bei seinem intensiven Stoffwechsel in reichlichem Maße abfallen. An die mütterlichen Organe der Bluterneuerung und der Exkretion werden also während der Gravidität erhöhte Anforderungen gestellt, denen sich der gesunde und kräftige Frauenkörper ohne Schwierigkeiten anpaßt, denen aber der schwache oder erschöpfte leicht erliegt. So sehen wir bei allzu jugendlichen oder schlecht entwickelten Personen, bei schnell aufeinanderfolgenden Konzeptionen, bei überarbeiteten, schlecht genährten oder durch andere Einflüsse heruntergekommenen Frauen nicht selten mit der Schwangerschaft Störungen der Blutbildung und Blutzusammensetzung sich einstellen. Die Zahl der roten Blutkörperchen und der Gehalt des Blutes an Eiweiß nimmt ab, die Zahl der Leukocyten, der Wasser- und Fibringehalt nimmt zu. Klinisch äußert sich die Blutalteration bald mehr unter dem Bilde der Anämie und Chlorose: bleiche Haut mit durchscheinenden Venen, farblose Schleimhäute, verfallene Gesichtszüge, halonierte Augen, Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Müdigkeit; bald unter den Symptomen der Hydrämie: allgemeine Schwäche, pastöses Gesicht, verschwollene Lider, Neigung zu Ödemen an den Beinen und Genitalien“ (Bumm, S. 304). Wie am Blute, so zeigen sich auch an vielen Organen Erscheinungen, welche auf eigenartige, durch die Gravidität bedingte Modifikationen des Stoffwechsels hinweisen und mitunter einen entschieden krankhaften Charakter annehmen: Schwellung der Schilddrüse, kariöser Zerfall der Zähne etc. „Unter den Organen der Exkretion sind es die Nieren, die am häufigsten durch die gesteigerte Arbeitsleistung während der Gravidität affiziert werden. Welcher Art die Stoffwechselprodukte sind, deren Ausscheidung reizend auf das Nierenparenchym wirkt, ist trotz viel-

facher auf diesen Punkt gerichteter Forschungen vorläufig noch nicht erkannt, doch spricht verschiedenes, wie der Beginn der Störungen von der Zeit ab, wo der fötale Körper ein größeres Volumen erreicht, ihr rasches Verschwinden nach der Geburt und zuweilen auch schon nach dem Absterben der Frucht, ihre Häufigkeit bei Zwillingen u. dgl. m. dafür, daß die schädigenden Stoffe vom Fötus gebildet werden" (Bumm, S. 305). Die Schwere der Funktionsstörungen, die während der Gravidität an den Nieren zutage treten, ist außerordentlich verschieden und äußert sich in höheren oder geringeren Graden von Albuminurie. Stärkerer Eiweißgehalt des Urins ist mit beträchtlichen, wässerigen Anschwellungen der Beine, der Genitalien, der Hände und des Gesichtes verbunden und kann, nachdem Kopfschmerzen, Erbrechen, Sehstörungen und andere cerebrale Symptome vorausgegangen sind, mit urämischen resp. eklamptischen Krämpfen enden. „Auf die Stoffwechseländerungen und die Anhäufungen abnormer Stoffwechselprodukte im Blut (Autointoxikationen), welche der schwangere Zustand mit sich bringt, reagiert endlich noch mit einer gewissen Häufigkeit das Nervensystem. Gemütsverstimmungen, erhöhte Erregbarkeit, Reizungen der Sinnesnerven, besonders der Geschmacks- und Geruchsnerven, die sich in Form von Gelüsten und Idiosynkrasien äußern, abnorme Reflexe in den Gebieten der Bauchgeflechte des Sympaticus, des Vagus und der N. N. Splanchnici, die zum morgendlichen Erbrechen und zum Asthma der Schwangeren führen, ferner Neuralgien auf den verschiedensten peripheren Bahnen (wie z. B. nervöses Zahn- und Kopfweh) sind etwas ziemlich Gewöhnliches und als vorübergehende Zustände ohne Belang. Einzelne dieser Erscheinungen können aber eine sehr ernste Bedeutung gewinnen, wenn sie sich auf dem geschwächten Boden eines erblich belasteten oder sonstwie geschädigten Nervensystems entwickeln. Die Dauer sowohl wie die Schwere der Symptome erfahren unter solchen Umständen eine beträchtliche Steigerung" (Bumm, Geburtshilfe, S. 308). Daß die hier angeführten Schädlichkeiten und die auch sonst noch von den Gynäkologen beobachteten Anomalien der Schwangerschaft mindestens zu einer Zunahme der Intensität der angeborenen oder erworbenen Prädisposition

für psychische Alteration führen können, liegt auf der Hand, sie bilden im Verein mit den erwähnten ungünstigen Einflüssen der normalen Gravidität die Anfangsglieder in der Kette der Gelegenheitsursachen der Wochenbettspsychosen. —

b) Gebärakt.

Wenden wir nun unseren Blick der Wehentätigkeit und ihrer Wirkung auf die Psyche der Kreißenden zu. Hier treten uns große individuelle Differenzen entgegen, Unterschiede, die im letzten Grunde auf eine größere oder geringere Widerstandsfähigkeit des Organs des Seelenlebens zurückzuführen sind. „Es gibt Frauen, die keinen Augenblick die Ruhe verlieren, den Wehenschmerz in sich verarbeiten, keinen Ton der Klage von sich geben, sich selbst in den kritischen letzten Momenten der Geburt noch besorgt um das Kind und die Angehörigen zeigen und allen Anordnungen des Arztes vertrauensvoll gehorchen. Das ist vielleicht Willensstärke, vielleicht auch verminderte Empfindung des Wehenschmerzes. Es sollen ja sogar Frauen ohne alle Schmerzempfindungen gebären können. Das Gegenstück dazu bilden die überempfindlichen, nervösen, ängstlichen oder willensschwachen Frauen, die ohne laute Klagen nicht den geringsten Schmerz ertragen können, schon bei Beginn der Geburt in große Aufregungen geraten, jedes Herannahen der Wehen durch Jammern verkünden, während der Wehe bald am Kreuz, bald am Leib gestützt zu werden verlangen, unablässig die Beendigung ihrer Qualen fordern und jedem Zuspruch unzugänglich sind. Sie leiden doppelt unter den Beschwernissen der Geburt, zumal sich zu dem Wehenschmerz auf reflektorischem Wege nicht selten Übelkeiten, Erbrechen, Schwächegefühl und Ohnmachtsanwandlungen gesellen. So kann sich das äußerliche Verhalten der Gebärenden recht mannigfaltig gestalten, wenn auch die Vorgänge an den Genitalien dieselben sind.“ — Zur Veranschaulichung der Wirkung, die die Wehentätigkeit auf die Psyche der Frau ausübt, sei hier die überaus lehrreiche und lebendige Schilderung des Gebäraktes von Bumm wiedergegeben. „Nach dem Blasensprung tritt ein kurzer Nachlaß der Uterustätigkeit ein — die Ruhe vor dem

Sturme. Wenn dann die Wehen mit erneuter Kraft erwachen, erscheint ihr Charakter verändert. Sie kommen nicht nur rascher und energischer, sondern werden zugleich von unwillkürlichen Anstrengungen der Bauchpresse begleitet. Unter der Wirkung der „Preßwehen“ wird der Kopf durch den aufs äußerste erweiterten Muttermund getrieben und tritt allmählich in die Scheide und auf den Beckenboden herab. Damit beginnt der schmerzhafteste und schwerste Teil der Geburtsarbeit. Zu dem Wehenkrampf gesellt sich der Schmerz, der durch den Druck des Kopfes auf den Plexus sacralis und den Mastdarm sowie durch die zunehmende Dehnung der empfindlichen Weichteile des Beckenbodens hervorgebracht wird. Die Kreißende hat jetzt das Gefühl, als ob ein großer Körper im Becken steckt, sie empfindet das unwiderstehliche Bedürfnis, ihn herauszupressen, und sucht bei jeder Wehe mit Händen und Füßen nach einer Stütze, um die Bauchmuskeln mit aller Macht anstrengen zu können. Bei dem Pressen schwellen ihr die Venen des Halses an, das Gesicht wird blau, die Augen treten hervor, der Körper bedeckt sich mit Schweiß, und erschöpft sinkt die Frau nach Ablauf des Wehensturmes auf ihr Lager zurück. Bald kommt nun der Moment, wo sich das Vorrücken des Kopfes an den äußeren Genitalien bemerkbar macht. Zuerst sieht man während der Wehe nur eine leichte Auswölbung des Mittelfleisches. Sie wird von Wehe zu Wehe deutlicher, umfangreicher, auch der After wird mit hervorgedrängt und zum Klaffen gebracht und endlich erscheint auf der Höhe des Drängens ein kleines Segment des Hinterhauptes in der Schamspalte. Aber nur für einen Augenblick! Sobald der Wehendruck nachläßt, schließt sich die Vulva wieder, die Vorwölbung gleicht sich aus, der elastische Damm drückt den Kopf wieder zurück. Die nächste Wehe schiebt ihn aufs neue um ein bißchen weiter vor, er verschwindet jedoch abermals, sobald der Druck der Bauchpresse nachläßt. So wiederholt sich dasselbe Spiel des „Einschneidens“ noch geraume Zeit, es vergeht noch ein halbes oder ganzes Dutzend Wehen, bis endlich das Hinterhaupt bis zum Nacken unter der Schoßfuge hervortritt, der Widerstand des Dammes gebrochen ist und der Kopf auch außerhalb der Wehe zwischen den scharf-

gespannten Rändern der Vulva stehen bleibt. Der Schmerz ist nun aufs äußerste gestiegen. Unter den nächsten Anstrengungen der Bauchpresse, welche die Kreißende oft wie in wilder Verzweiflung noch ausführt, treten Stirne und Gesicht über den zurückweichenden Damm hervor, der Kopf „schneidet durch". Schultern und Rumpf folgen rasch, und zwischen den Schenkeln der Mutter liegend, läßt der Neugeborene alsbald seinen ersten Schrei hören." Zuweilen nehmen aber die Affekterregungen infolge der gewaltigen Schmerzen noch größere Dimensionen an: Lautes Schreien und verzweiflungsvolles Brüllen, tobsüchtiges Hin- und Herwerfen, rücksichtsloses Schlagen auf Bauch und Brüste, Strampeln mit den Beinen, Knirschen mit den Zähnen, angstvolles oder wütendes Reißen an den Kleidern und Betten und konvulsive Bewegungen charakterisieren diesen bereits pathologisch zu nennenden Erregungszustand. Daß Affekterregungen, Schmerzen und Anstrengungen von der eben geschilderten Intensität nicht ohne kürzer oder länger andauernde Folgen für das Seelenorgan bleiben können, ist ohne weiteres klar. Kommt es doch dabei nicht selten sogar zu vollentwickelten, wenn auch kurz währenden Psychosen. Handelt es sich dabei noch um irgendwelche Anomalien des Gebäraktes (z. B. protrahierte Wehentätigkeit, Zangengeburt etc.) und um zu psychischen Alterationen neigende Individuen, so wird, falls es nicht schon zum Ausbruch einer ausgesprochenen Geistesstörung kommt, die Prädisposition zweifelsohne eine erhebliche Zunahme der Intensität erfahren. Ein weiteres ätiologisches Moment für das transitorische Irresein der Neuentbundenen resp. für die Steigerung des Grades der psychopathischen Prädisposition ist in der rapiden Veränderung der Zirkulationsverhältnisse gegeben. Durch die rasche Entleerung des so sehr ausgedehnten Uterus und der so ausgedehnten Bauchhöhle, durch die dadurch bedingte außerordentliche Veränderung des intraabdominellen Druckes wird die Zirkulation in den übrigen Organen und namentlich auch im Gehirn auf das empfindlichste beeinträchtigt.

c) Wochenbett.

War das prädisponierte Individuum den schädigenden Einwirkungen der Gravidität und des Gebäraktes noch einigermaßen gewachsen, so reicht seine nunmehr stark reduzierte Resistenzkraft häufig nicht mehr aus, um etwa auch noch den nicht selten bald einstürmenden Schädlichkeiten des Wochenbettes genügenden Widerstand entgegensetzen zu können: es kommt dann zum Ausbruch von voll entwickelten Geistesstörungen. Stellen die schädigenden Wirkungen der Schwangerschaft und des Geburtsaktes die Anfangsglieder in der Kette der exogenen Faktoren der Wochenbettspsychosen dar, so sind die Schädlichkeiten des Puerperiums selbst als die Endglieder in der Reihe der Gelegenheitsursachen zu betrachten; sie geben aber in der Mehrzahl der Fälle den Ausschlag und bilden so die causa proxima der puerperalen Geistesstörungen. Sie deshalb aber schon als die alleinigen oder eigentlichen Ursachen der Geisteskrankheiten des Wochenbettes zu bezeichnen, ist unrichtig. Die letzteren sind vielmehr, wie bereits mit Evidenz gezeigt worden, Produkte einer ganzen Reihe von Faktoren, endogenen und exogenen (wenigstens in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle), ja, die Schädlichkeiten des Puerperiums spielen zuweilen nur die Rolle von auslösenden Momenten, was wir noch bei der Beurteilung unserer Fälle, in den Epikrisen, Gelegenheit haben werden zu beweisen. — Die Schädlichkeiten, welche von den meisten Autoren als die Ursachen schlechtweg, von uns aber nur als die causae proximae betrachtet werden, sind nun im wesentlichen folgende: die akute Infektion, die akute Intoxikation, die akute Erschöpfung und die akute Affekterregung.

1. Die akute Infektion.

Die Wirkung infektiöser Prozesse auf das Organ der Psyche kann auf vier verschiedenen Wegen zustande kommen: erstens durch Lokalisation der Krankheitserreger in der Schädelhöhle, zweitens durch die im Blute kreisenden toxischen Produkte der Bakterien, d. h. durch ihren direkten schädigenden Einfluß auf die Hirnelemente, drittens durch die Erschöpfung des Gesamtorganismus, viertens endlich durch die begleitenden

Temperatursteigerungen. Dem ersten Momente wird man, in Anbetracht des meist vorübergehenden Charakters der psychischen Störungen und des gewöhnlich negativen Sektionsbefundes am Gehirn einerseits und in Anbetracht der Gleichartigkeit der psychischen Krankheitsbilder bei der Verschiedenartigkeit der ätiologischen Faktoren andererseits, nur in wenigen Fällen einen Einfluß zuschreiben können; die Erschöpfung spielt hier nur eine sekundäre, die Intensität und die Dauer der Psychose beeinflussende Rolle, da dieselbe ja erst in späteren Stadien der Krankheit sich geltend zu machen pflegt. Wir müssen daher die im Blute kreisenden Toxine und vielleicht auch die Urheber derselben, die Mikroorganismen selbst, sowie die fieberhafte Erhöhung der Körpertemperatur mit ihren Begleiterscheinungen als die entscheidenden Faktoren in bezug auf das psychische Verhalten betrachten. Zudem spricht auch das Auftreten von psychischen Störungen bei fieberlosem Typhus sowie der teilweise Parallelismus der psychischen Erscheinungen mit der Temperaturkurve, die tägliche Remittenz, ja vollständige Intermittenz der Symptome in den meisten Fällen, die starke Exazerbation bei dem Eintritt exzessiver Fiebertemperaturen für die Abhängigkeit der beobachteten Psychosen von der Infektion als solcher und von den abnormen Temperaturverhältnissen des Körpers. — Was nun die Art und Weise der Einwirkung der Fiebererkrankungen auf das Cerebrum betrifft, so sind wir, da sichere Angaben über diesbezügliche pathologisch-anatomische Befunde noch fehlen, im wesentlichen auf die Ergebnisse der physiologischen Forschung angewiesen. Nach den letzteren wären die beobachteten Gehirnerscheinungen hauptsächlich die Folge der durch die fieberhafte Erhöhung der Körpertemperatur verursachten Funktionsanomalien der wichtigeren Organe. Diese Funktionsstörungen betreffen zunächst unmittelbar das Organ des geistigen Lebens, indem sie seine Elemente ebensogut wie die anderer Organe, wenn auch nicht in demselben Maße wie Muskulatur und Drüsenapparat, zum gesteigerten Verbrennungsprozeß heranziehen, ein Vorgang, der schon ganz allein viele funktionelle Störungen zu erklären vermöchte. Dazu gesellt sich noch die abnorm hohe Temperatur, unter deren Einfluß die

Funktionen des zentralen Nervensystems gewiß auch nach einer oder der anderen Richtung, wie aus den lehrreichen experimentellen Untersuchungen Wundts an peripherischen Nerven erhellt, in ihrer Integrität leiden müssen, ferner die Veränderungen in der Konzentration und Zusammensetzung der das Gehirn ernährenden Säfte, welche notwendig mit der Temperaturerhöhung und den sekundären Veränderungen der Verdauung, Zirkulation, Atmung und Sekretionen verbunden sind. Entschieden von noch mehr Belang erscheinen aber die Zirkulationsstörungen selbst: eine exzessive Pulsbeschleunigung bei sonst ziemlich wechselnder Beschaffenheit des Pulses ist fast stets zu konstatieren. Bei länger dauerndem Fieber kommt noch die konsekutive Herzschwäche mit Blutstauungserscheinungen in der Schädelhöhle in Betracht. Als nicht zu unterschätzende weitere Ursachen der cerebralen Erscheinungen des Fiebers hat man die Anhäufung von Verbrennungsprodukten in den Körpersäften durch Überproduktion derselben in Anschlag zu bringen, welche vor allem durch die fast regelmäßig in höherem oder geringerem Grade mit dem Fieberprozeß einhergehenden Funktionsstörungen der ausscheidenden Organe verderblich werden kann. Beiläufig nur erwähnen wir noch der oft bekämpften und immer wieder herbeigezogenen Theorie von der febrilen funktionellen Fluxions- oder Stauungshyperämie (Schlager, Kräpelin) und dem noch mehr Anklang findenden Axiom der febrilen Anämie des Gehirns und seiner Häute (Griesinger, Nasse, Trousseau, H. Weber, Scholz, Diekschen).“ — Die häufigsten puerperalen Infektionskrankheiten, die zum Ausbruch von Geistesstörungen führen, sind: Endometritis, Metritis, Parametritis und Mastitis, puerperale Pyämie, Septikämie, viel seltener Endocarditis ulcerosa. Was nun die Häufigkeit der puerperalen Infektionspsychosen betrifft, so bewegen sich die diesbezüglichen Angaben in der Literatur noch innerhalb sehr weiter Grenzen, so daß ein abschließendes Urteil darüber heute noch unmöglich ist. Unter unsern 27 Fällen spielt die akute Infektion nur in 5 Fällen eine wesentliche ätiologische Rolle, nur in diesen ist sie mit Sicherheit nachweisbar.

2. Die akute Intoxikation.

Weit seltener als die puerperalen Infektionspsychosen sind die puerperalen Intoxikationspsychosen, unter denen die durch Eklampsie hervorgerufenen Geistesstörungen an erster Stelle zu nennen sind. Aus den charakteristischen und typischen Veränderungen an der Leiche: degenerative Prozesse an den Nieren, anämische und hämorrhagische Lebernekrosen, Blutungen und Erweichungen im Gehirn sowie im Herzen und multiple Thrombenbildung, läßt sich der Schluß ziehen, daß bei der Eklampsie eine Vergiftung des Organismus im Spiele ist. Zur Erklärung des Wesens und der Ursachen der puerperalen Konvulsionen sind wohl mancherlei Hypothesen, aber nur wenig sichere Tatsachen angeführt worden. Aller Wahrscheinlichkeit nach handelt es sich hier um eine Vergiftung mit Stoffen, die im Organismus selbst produziert werden, mit dem Harn den Körper verlassen sollten, infolge der darniederliegenden oder gänzlich aufgehobenen Nierenfunktion jedoch zurückgehalten werden. Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht außer dem Sektionsbefund vor allem der Umstand, daß sämtliche Symptome der Krankheit zusehends schwinden, sobald die vermehrte Absonderung eines hellen Urins einsetzt. — Außer diesen puerperalen Autointoxikationspsychosen, hervorgerufen durch Urämie und Eklampsie, seltener durch Urämie ohne Eklampsie, kennt die Literatur auch puerperale Intoxikationspsychosen im engeren Sinne des Wortes, d. h. solche, die die Folge des toxischen Einflusses schwerer Alkoholexzesse, unvorsichtiger Jodoformapplikation etc. sind. Was unser Krankenmaterial betrifft, so spielen Eklampsie und Alkoholgenuß je zweimal eine ätiologische Rolle.

3. Akute Erschöpfung.

Von hervorragender Bedeutung für die Ätiologie der Wochenbettspsychosen ist die akute Erschöpfung, hervorgerufen durch protrahierte Wehenschmerzen, starke Blutverluste und die durch die Geburt bedingte Ernährungsstörung. „Nach den Untersuchungen von Gaßner verliert der weibliche Körper durch die Geburt selbst etwa den neunten Teil seines Gewichts, welches er im letzten Schwangerschaftsmonate hatte. Dieser Gewichtsverlust

wird nicht bloß bedingt durch das Gewicht des Eis, sondern auch durch das in der Nachgeburtsperiode abgegangene Blut und durch die auf Lungen- und Hautoberfläche verdunstete Flüssigkeit. Mit der Geburt hört die Gewichtsabnahme noch nicht auf, sondern dauert noch die ersten 6 bis 7 Tage an. Besonders groß ist die Gewichtsabnahme namentlich noch am ersten Tage des Wochenbetts infolge der so sehr vermehrten Harnsekretion, der reichlichen Ausscheidung des Lochialflusses und der fast nie fehlenden Schweiße. Der Gewichtsverlust durch die Geburt und während der ersten Woche des Wochenbetts erreicht nach genau angestellten Berechnungen zusammen fast die Höhe von einem Fünftel des Körpergewichtes des hochschwangeren Weibes — ein Verlust, der alle Organe des Körpers und speziell das Gehirn in hohem Grade in Mitleidenschaft ziehen muß. Da derselbe seine Effekte hauptsächlich auf der höchsten Höhe des Verlustes setzt, so scheint dadurch auch das vorzugsweise Auftreten der Geistesstörung in der zweiten Hälfte der ersten Woche und in der zweiten Woche nach der Geburt seine Erklärung zu finden. In der Regel pflegt nun bei sonst gut genährten Individuen der durch Geburt und Wochenbett verursachte Gesamtverlust in 6—7 Wochen vollkommen restituiert zu werden. Ist dagegen das Individuum im Allgemeinen nicht hinreichend vorentwickelt oder durch andere Umstände geschwächt, so bleibt die Restitution des Gewichtes aus, ja der Gewichtsverlust vergrößert sich noch mehr durch die Abgänge, welche die Milchsekretion etc. mit sich bringt, und übt seine Wirkungen auch noch später aus. Und so finden wir denn in der Tat bei unseren Kranken, wenn wir das Eintrittsgewicht betrachten, äußerst niedrige Körpergewichte, diese niedrigen Gewichte viele Monate hindurch sich erhalten und erst spät sich heben. Diese niedrigen Körpergewichte sind für uns gleichsam ein wägbarer Ausdruck für die Ernährungsstörung des Gehirns und die daraus resultierende Geistesstörung; denn eine Besserung der Geistesstörung tritt erst ein nach oder mit der Zunahme des Körpergewichts, und eine volle Genesung von der Psychose ist erst eingetreten, wenn das Gesamtkörpergewicht wieder restituiert ist (Ripping). Was unser Krankenmaterial betrifft, so spielt

die akute Erschöpfung in 10 Fällen eine ausschlaggebende ätiologische Rolle. Die Ernährungsstörung des Gesamtorganismus und somit auch des Gehirns führt unter anderem auch zu einer Übermüdung und Funktionsstörung der Rindenelemente, als deren Folge die Psychose zu betrachten ist.

4. Akute Affekterregung.

Nicht zu unterschätzen ist endlich die Bedeutung der akuten Affekterregungen in der Ätiologie der Geistesstörungen des Wochenbetts. Sorge, Kummer, Furcht, insbesondere aber Ärger und Schreck geben dem prädisponierten und durch die Schädlichkeiten der Generationsvorgänge geschwächten Gehirn nicht selten den letzten Stoß. Das Wie der Wirksamkeit dieser Momente ist freilich weniger leicht einzusehen. Stets liegt erbliche Belastung oder ein anderweitiges prädisponierendes Moment vor, so daß die akuten Affekte mehr der Rolle von letzten auslösenden Gelegenheitsveranlassungen spielen. Es handelt sich dabei wahrscheinlich um eine plötzliche Störung der vasomotorischen Innervation, d. h. der Zirkulation und Ernährung des Organs der Psyche. In der Regel folgt auf ein ätiologisch wichtiges psychisch affizierendes Moment die Geistesstörung nicht unmittelbar, sondern nach einem längeren oder kürzeren Zeitraum, in welchem das betroffene Individuum die Gelegenheit hat, wenigstens scheinbar sein psychisches Gleichgewicht wieder zu gewinnen, ein Umstand, der die Wirkung der akuten Affekte noch rätselhafter erscheinen läßt. In 12 unserer Fälle spielen solche psychische Faktoren die Rolle von auslösenden Momenten.

Werfen wir zum Schluß noch einmal einen Blick auf unsere ätiologische Übersichtstabelle (S. 27—30), so überzeugen wir uns leicht, daß die Gelegenheitsursache der Wochenbettspsychosen sich in der Regel aus einer Reihe von gleichzeitig und nacheinander wirkenden Momenten zusammensetzt, gerade so wie die Prädisposition für psychische Alienationen in der Mehrzahl der Fälle das Produkt einer Reihe von Schädlichkeiten ist. Wir können daher diesen Abschnitt nicht besser schließen

als mit den Worten des Altmeisters der Psychiatrie: „Ein näheres Eingehen in die Ätiologie des Irreseins zeigt nämlich alsbald, wie es in der außerordentlichen Mehrzahl der Fälle nicht eine einzige spezifische Ursache, sondern ein Komplex mehrerer, zum Teil sehr vieler und verwickelter, vorbereitender und mehr gelegenheitlicher, schädlicher Momente war, unter deren Zusammenwirken die Krankheit endlich zustande kam“ (Griesinger).

Zum Schluß gestatte ich mir, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Ziehen für die gütige Überlassung der Krankengeschichten und mannigfache Anregung meinen ergebensten Dank auszudrücken.

Literatur.

Weber, F., Über Puerperalmanie. Allgem. med. Zentralzeitg. 1870, Nr. 87 und 88.

Leidesdorf, Über die in der Schwangerschaft und im Puerperium auftretenden Psychosen. Wiener med. Wochenschr. 1872, Nr. 25 und 26.

Lübben, C. H., Zur Statistik der Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss., Halle 1872.

Arndt, R., Über Puerperalpsychosen. Beitr. z. Geb. u. Gyn., Bd. III, Heft 2.

Fürstner, C., Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych., Bd. V, 1875, S. 505.

Ripping, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Stuttgart 1877.

Schmidt, M., Beiträge zur Kenntnis der Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss., Berlin 1880.

Hansen, Th., Puerperalpsychosen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XII, 1, 1888.

Meyer, E., Über puerperale Fieberpsychosen. Inaug.-Diss., Straßburg 1888.

Olshausen, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXI, Heft 2, 1892.

Hoppe, Symptome und Prognose der Psychosen. Arch. f. Psych., Bd. 25.

Knauer, Über puerperale Psychosen. 1897.

Ziehen, Psychiatrie. 1908.

Bumm, Geburtshilfe. 1908.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Joseph Regensburg, mosaischer Religion, Sohn des Rabbiners Z. Regensburg, wurde am 10. Juli 1875 zu Friedrichstadt in Kurland geboren. Nach Erlangung seiner wissenschaftlichen Vorbildung wurde er im Jahre 1894 in die philosophische Fakultät der Berliner Universität aufgenommen; gleichzeitig studierte er jüdische Theologie an der Berliner Lehranstalt für die Wissenschaft des Judentums. Nach bestandenem Doktorexamen (1899) setzte er seine philosophischen Studien bis zum Jahre 1905 fort. Dann ließ er sich zum zweiten Male bei der Berliner Universität immatrikulieren und studierte vom Sommersemester 1905 bis jetzt Medizin.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren:

Bier, Brieger, Bumm, Drude (†), Engelmann (†), Hertwig, Heubner, Hildebrand, Kraus, Landau, Landolt, Lesser, Lewin, von Michel, Olshausen, Orth, Passow, Pinner, Rubner, Senator, F. E. Schulze, Schwendener, Strauß, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Ziehen.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ehrerbietigen Dank aus.